

# ANALISIS PERENCANAAN TAHUNAN KESEHATAN SUB DINAS PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT DINAS KESEHATAN KOTA DEPOK TAHUN 2002

Syafrawati\*

## ABSTRACT

*Planning is the important function of management. An ideal health planning is planning that create base on fact and condition of teritory area. The goal of this research is to analyse annuall health planning in Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kota Depok on the year of 2002. The research is descriptive study with qualitative data. Data collected with deep interview and document observation.*

*The result is planning process need to be improve in quality ang quantity of planner, fund for making ideal planning, facilites and writing procedur. Situation analysis does not use health determination, problem priority use mathematic methode and intervention comes from central government. The form of POA (Plan of Action ) are not specific describe the need of teritory area.*

**Keywords :** *annual health planning, evidence based data, bottom up*

## PENDAHULUAN

Dengan diberlakukannya Undang-Undang Otonomi Daerah No. 22 dan 25 tahun 1999 Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota memiliki kewenangan yang lebih besar dalam melaksanakan program pembangunan kesehatan. Wewenang tersebut meliputi kegiatan perencanaan sampai dengan evaluasi program.

Perencanaan program kesehatan kabupaten/kota selama ini dirasakan lebih didominasi oleh proses *top down*. Target-target yang ditentukan dari pusat biasanya berdasarkan proyeksi nasional dan tidak sesuai dengan situasi riil di daerah. Ketidaksesuaian ini bukan saja dalam hal penetapan target program, namun kadangkala juga dalam hal penentuan prioritas masalah.<sup>1</sup>

Kota Depok memiliki permasalahan dibidang kesehatan yang cukup banyak. CFR (*Case Fatality Rate*) dari penyakit DHF meningkat dari tahun ke tahun. Diare dan ISPA selalu menjadi prioritas dalam penanggulangannya. Selain itu penyakit menular seksual pun mengalami peningkatan yang cukup signifikan dikarenakan

tingginya aksesitas Depok dengan Jakarta. Dengan mengetahui kondisi ini tentunya diharapkan Dinas Kesehatan Kota Depok dapat merumuskan program-program kerja yang sesuai dengan kondisi daerahnya agar permasalahan kesehatan tersebut mendapatkan solusi yang tepat.

## TUJUAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses perencanaan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2002 khususnya Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit.

## KERANGKA KONSEP

Perencanaan kesehatan pada dasarnya adalah merupakan salah satu fungsi manajemen untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan. Pendekatan yang dipakai dalam penelitian ini untuk melihat proses perencanaan yang dilakukan adalah pendekatan sistem yang dimaksudkan unutm menerapkan cara berfikir sistematis dan logis dalam mencari pemecahan suatu masalah kesehatan yang dihadapi.

\*Staf Pengajar PSIKM FK UNAND

## METODOLOGI PENELITIAN

Studi deskriptif dengan data kualitatif ini dilakukan di Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kota Depok pada bulan Juli tahun 2002. Metode yang digunakan adalah wawancara mendalam dan telaah dokumen.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Komponen Input

Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan penyakit terdiri dari tiga seksi, yaitu Seksi Pengamatan Penyakit, Seksi Pencegahan Penyakit dan Seksi Pemberantasan Penyakit. Jumlah tenaga yang ada di Subdin P2P adalah 10 orang yang terdiri dari satu orang kepala subdin, dua orang kepala seksi dan tujuh orang staf. Pada saat dilakukan penelitian jabatan kepala seksi pencegahan penyakit masih kosong. Dari jumlah tersebut sebagian besar (60) % berpendidikan dibawah S1.

Silalahi (1983) berpendapat bahwa keberhasilan suatu rencana erat kaitannya dengan kemampuan seseorang. Faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang adalah pendidikan dan pelatihan. Tenaga perencana yang baik adalah apabila mereka mempunyai pendidikan tertinggi S1/S2/S3. Namun menurut Erlan (1988) dengan hanya melihat tingkat pendidikan tanpa melihat latar belakang pendidikan belum menjamin kualitas rencana yang dibuat itu lebih baik.

Kepala Seksi Program dan Anggaran mengatakan bahwa pernah dilakukan Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (P2KT) sebanyak dua kali. Akan tetapi banyak yang tidak menghadiri acara sampai selesai sehingga dirasakan pelatihan tersebut tidak mencapai tujuan yang diharapkan. Padahal untuk melakukan perencanaan yang baik dibutuhkan pelatihan yang cukup karena pelatihan bertujuan agar pekerja dapat melaksanakan tugasnya dengan efektif dan efisien.

Jenis data yang digunakan dalam perencanaan adalah data tentang derajat kesehatan masyarakat berupa data morbiditas dan mortalitas, data sarana dan prasarana kesehatan, utilisasi vaksin dan data jumlah penduduk serta kondisi lingkungan. Namun ada informan yang meragukan keakuratan data tersebut. Salah satu data yang diragukan keakuratannya adalah data tentang cakupan imunisasi. Keakuratan data merupakan syarat untuk menentukan nilai informasi. Semakin akurat informasi tersebut, semakin aman manajer dalam

mengambil keputusan.<sup>2</sup> Menurut informan data yang paling akurat adalah data dari Rumah Sakit karena menggunakan pemeriksaan laboratorium.

Diketahui juga 80% ketepatan waktu pengumpulan data terutama data dari Puskesmas telah tercapai. Sayangnya dalam melakukan perencanaan tidak ada dana khusus karena dianggap perencanaan tersebut merupakan sesuatu yang sudah rutin dilakukan. Sarana penunjang juga dirasakan kurang karena hanya terdapat satu buah komputer untuk keperluan tiga seksi.

Pelaksanaan perencanaan Dinas Kesehatan Kota Depok menggunakan pedoman pada langkah-langkah perencanaan dan penganggaran Propinsi Jawa Barat. Protap tersebut mengatur tentang tahapan-tahapan atau prosedur perencanaan kesehatan mulai dari tingkat Puskesmas, tingkat Dinas Kesehatan sampai tingkat propinsi. Dalam protap tersebut diatur juga tentang waktu dan jadwal perencanaan setiap tahap.

Dari hasil wawancara tentang waktu dan jadwal perumusan rencana tahunan pada subdin P2P ini peneliti tidak menemukan waktu yang pasti kapan proses perencanaan dimulai. Salah seorang informan ada yang mengatakan bahwa perencanaan dimulai pada pertengahan tahun, tapi ada juga yang mengatakan pada bulan Oktober baru membuat perencanaan.

Tabel 1. Jadwal dan Waktu Proses Perencanaan Kesehatan Propinsi Jawa Barat Tahun 2002

Bulan	Kegiatan
Januari	Programer Dinkes memasukkan data ke sistem program dan anggaran
Februari	Forum koordinasi dan konsultasi Puskesmas (FKKP) untuk melakukan desk analisis program puskesmas dengan program Dinas
April	Mengirim usulan untuk APBD II ke PEMDA kota Depok dan untuk APBD I dan APBN ke Bandung (ibu kota propinsi)
Mei	MUSBANGKEL (Musyawarah Pembangunan Kelurahan) dan UDKP tingkat kecamatan
Agustus	Forum koordinasi dan konsultasi Pembangunan (FKKP) tingkat dati II
November	Pembentukan panitia anggaran tingkat kota Depok
Desember	Pembuatan Lembar Kerja (LK), daftar isian proyek (DIP), dan perencanaan operasional (PO)
Januari	DIP di PERDA-kan

## KOMPONEN PROSES

### Analisa Situasi

Analisis situasi hendaknya memanfaatkan "evidence based" yang menghimpun data apa saja kebutuhan lokal.<sup>3</sup> Sebaiknya data meliputi keadaan umum dan lingkungan (geografis, pendidikan, pekerjaan, sosial, budaya), data derajat kesehatan

masyarakat (status kesehatan penduduk, kesehatan lingkungan pemukiman) dan data upaya kesehatan (fasilitas dan pelayanan kesehatan).<sup>4</sup>

Data yang diperoleh Subdin P2P didapatkan dari berbagai sumber, yaitu rumah sakit, puskesmas, dan unit pelayanan kesehatan lainnya.

### Penetapan Masalah dan prioritas Masalah

Masalah kesehatan yang diprioritaskan di Subdin P2P adalah DBD, TBC, kusta dan penyakit kelamin. DBD diprioritaskan karena *incidence rate*-nya yang tinggi dan cenderung tidak pernah turun, selain itu karena Depok adalah daerah endemis demam berdarah. Dari hasil telaah dokumen diketahui angka CFR (*Case Fatality Rate*) DBD adalah 2,7 % sampai dengan Mei 2002. Tujuan yang ingin dicapai dari program pemberantasan DBD adalah menurunkan angka CFR agar berada dibawah 2%.

Penyakit TBC menjadi prioritas utama karena masih banyaknya kasus TBC di masyarakat terutama pada penduduk dengan ekonomi lemah. Faktor kepadatan penduduk dan sanitasi lingkungan yang tidak sehat turut pula mempengaruhi peningkatan kasus TBC di Kota Depok. Penyakit ini menjadi prioritas juga karena cukup meresahkan masyarakat.

Penyakit kusta menjadi salah satu penyakit yang diprioritaskan P2P karena mengakibatkan kecacatan permanen bagi penderitanya. Selain itu dikarenakan penyakit kusta banyak diderita oleh penduduk ekonomi lemah. Dana untuk penanggulangan penyakit kusta ini berasal dari bantuan luar negeri yaitu dari *Nedherland Lectosil Release* (NRL).

Meningkatnya kasus narkoba di Kota Depok diperkirakan akan meningkatkan kasus HIV/AIDS. Selain itu di Depok semakin menjamur tempat-tempat hiburan seperti diskotik dan panti pijat yang merupakan tempat-tempat yang beresiko tinggi terhadap penularan penyakit kelamin.

Indikator yang digunakan informan dalam menemukan masalah adalah indikator negatif yaitu gangguan kesehatan. Informan tidak melakukan identifikasi masalah sebelum menentukan prioritas masalah. Prioritas masalah diambil langsung dengan pertimbangan tingginya *incidence* penyakit, tingginya CFR dan kasus yang meresahkan masyarakat.

Menurut peneliti dalam menentukan prioritas masalah digunakan metode-metode tertentu seperti metode matematik dengan kriteria penilaian *magnitude* (luasnya masalah), *severity* (beratnya kerugian yang ditimbulkan), *vulnerability*

(tersedianya teknologi atau obat untuk mengatasi masalah tersebut), *community and political concern* (kepedulian masyarakat dan keberpihakan politik serta *affordability* (keterjangkauan). Atau bisa juga dengan menggunakan metode *Delbeque* dan *Delphi* dimana prioritas masalah ditentukan oleh *panel expert*. Metode Estimasi beban kerugian digunakan dengan cara menghitung waktu produktif yang hilang (*DALY*).

### Penetapan Tujuan dan Alternatif Intervensi

Tujuan yang ingin dicapai dalam pemberantasan penyakit demam berdarah adalah menurunkan CFR agar berada dibawah 2%. Intervensi yang dilakukan adalah mengadakan pelatihan petugas, pelatihan kader, penyuluhan, abatesasi, *fogging focus* dan PSN serta penyuluhan kepada anak sekolah. Hal menarik yang ditemukan dalam perumusan program ini adalah program *fogging focus*. *Fogging focus* ini sebenarnya kurang efektif dibandingkan dengan PSN. Namun menurut masyarakat *fogging focus* ini merupakan alternatif terbaik untuk menaggulangi masalah DBD sehingga kalau lingkungan mereka tidak difogging maka berarti pemerintah tidak memberikan perhatian kepada masyarakat. Oleh karena itu *fogging focus* dimasukkan sebagai salah satu intervensi DBD.

Tujuan yang ingin dicapai dari program TBC adalah memutuskan mata rantai penularan, menurunkan angka kesakitan dan kematian. Target program kesembuhan TBC adalah 85%, angka konversi 80% dan error rate 5 %. Intervensi yang dilakukan oleh subdin P2P adalah pertemuan petugas, penemuan penderita, pemeriksaan laboratorium, pengobatan, supervisi dan pembentukan Gerdunas TB (Gerakan Terpadu Nasional Tuberculosis).

Tujuan dari program pencegahan dan pemberantasan penyakit kelamin adalah untuk memutuskan rantai penularan. Untuk mencapai tujuan tersebut maka dibentuklah tim KPAD (Komisi Penanggulangan AIDS Daerah) untuk mendapatkan dukungan politis dari pemerintah. Selain itu juga dilaksanakan survei darah untuk menemukan kasus, pemeriksaan hasil survei untuk menemukan kasus HIV positif. Penyuluhan pada daerah resiko tinggi dilakukan khusus untuk penyakit HIV/AIDS karena intervensi berupa pengobatan tidak dapat dilakukan. Intervensi berupa pengobatan dapat dilakukan untuk penyakit *syphilis*. Tujuan dan intervensi masing-masing program tersebut ditetapkan dari pusat.

Menurut peneliti tujuan yang hendak dicapai dari masing-masing program sebaiknya ditetapkan

dengan melihat pencapaian tahun sebelumnya. Jadi sebelum target ditetapkan dilakukan evaluasi pencapaian tahun lalu. Analisis ini disebut juga analisis kecenderungan (*trend analisis*). Hal lain yang perlu diperhatikan dalam penentuan target program adalah fenomena *diminishing return*, maksudnya apabila cakupan program sudah tinggi maka akan lebih sulit mencapai tujuan yang besar. Oleh karena itu perencana perlu menetapkan target yang konservatif. Tujuan program sebaiknya dirumuskan secara spesifik dan kuantitatif, jelas waktu dan lokasi yang dituju serta dapat diukur. Dalam penelitian ini semua itu belum terlihat. Tujuan program memang sudah dinyatakan dalam persentase namun belum jelas pada kelompok masyarakat mana tujuan tersebut akan diterapkan dan kapan tujuan tersebut akan tercapai.

Peneliti menilai dalam menetapkan alternatif intervensi para perencana belum mempertimbangkan aspek determinan kesehatan seperti yang terdapat dalam konsep Blum. Hal ini mungkin karena tujuan program ditetapkan berdasarkan tujuan nasional dan analisa situasi pun tidak menggunakan konsep Blum, sehingga dalam alternatif intervensi pendekatan ini kurang terlihat.

### Penyusunan Program

POA dibuat pada saat sudah diketahui jumlah dana yang turun ke tiap seksi. lewat Daftar Isian Proyek (DIP). Petugas yang terlibat dalam penyusunan program adalah kepala seksi dan staf. Setelah itu POA akan dirangkum oleh Kepala Subdin P2P. Penyusunan POA dilakukan di Kantor Dinas Kesehatan dan selesai sekitar bulan November.

Menurut FKM UI (1998) penyusunan rencana operasional membutuhkan pertimbangan dan keputusan sesuai dengan langkah-langkah yang ada

dari berbagai bidang keahlian seperti ahli epidemiologi, ahli statistik, ahli perkiraan kebutuhan sumber daya dan ahli hubungan perilaku untuk menentukan langkah-langkah operasional. Hal ini belum dilaksanakan di subdin P2P.

### KOMPONEN OUTPUT

#### Format POA

Menurut Wijono (1997) format *Plan of Action* (POA) adalah seperti lazimnya sebuah makalah yang menguraikan aspek-aspek pelaksanaan program dari pendahuluan sampai dengan penutup. Rumusan program yang dibuat haruslah dituliskan dalam hal apa, bagaimana, siapa terlibat, kapan dilibatkan. Hal-hal seperti itu tidak ditemukan dalam POA Sub Dinas P2P. Unsur-unsur yang seharusnya ada dalam POA seperti hasil analisa situasi keadaan daerah dan sarana upaya kesehatan, pokok-pokok kebijaksanaan, bimbingan, motivasi, penilaian, IPTEK, informasi kebijakan peraturan perundangan, faktor-faktor penyokong dan penghambat belum dicantumkan dalam POA.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Dinas Kesehatan Kota Depok khususnya Subdinas Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit belum sepenuhnya melakukan perencanaan berdasarkan kondisi daerahnya. Kurangnya analisa situasi kesehatan daerah dan masih banyaknya target program yang ditentukan oleh pusat menyebabkan program kesehatan yang digulirkan belum sepenuhnya menggambarkan kebutuhan daerah. Kedepan diharapkan peran tenaga perencana dapat lebih dioptimalkan lewat pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) untuk merumuskan program kerja daerah yang lebih baik.

### Daftar Pustaka

1. FKM UI, 1998. Modul Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu
2. Handoko, T. Hani, 1985. Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia, Liberty, Yogyakarta
3. Handayani, Dyah Tut Wuri, 2001. Analisis Perencanaan Kesehatan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak Kalimantan Barat Tahun 1999/2000, Tesis, FKM UI
4. Azwar, Azrul, Pengantar Administrasi Kesehatan. Bina Rupa Aksara, Jakarta
5. Arikalang, Saul Elias, 1997. Analisis Proses Perencanaan Kesehatan Tahunan di Dinas Kesehatan Dati II Kabupaten Bandung Tahun 1995/1996, Tesis, FKMUI
6. Azwar, Azrul, 1982. Dasar-dasar Perencanaan di Bidang Kesehatan. Bagian IKM & IKP FKUI Jakarta
7. Benge, Eugene J, 1993. Pokok-Pokok Manajemen Modern. PT Pustaka Binaman Pressindo, Jakrta
8. Departemen Kesehatan RI, 1999. Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Jakarta
9. Departemen Kesehatan, 1986. Lokakarya Nasional Perencanaan Kesehatan, Jakarta
10. Dinas Kesehatan Kota Depok. Rencana Kesehatan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Depok Tahun 2002
11. Wijono, Djoko, 1997. Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan. Airlangga University Press, Surabaya
12. Erlan, Indriati RB, 1988. Analisa Fungsi Perencanaan Kesehatan Tingkat Kabupaten di Jawa Barat, Tesis FKM UI
13. Falah, Tatang Sahibul, 1996. Hubungan Faktor Input, Proses dan Output Usulan Rencana Tahunan Program Perbaikan Gizi Daerah Tk II Propinsi Jawa Timur, Tesis, FKM UI
14. FKMUI, 1999. Kumpulan Modul Pelatihan Perencanaan

- Kesehatan Terpadu, Jakarta
15. Gani, Ascobat, dkk, 1987. Modul Pelatihan Perencanaan Kesehatan Daerah Tk II, Depkes-FKMUI, Jakarta
16. Kustantini, Ellia, 1999. Gambaran Keadaan Komponen Input dan Komponen Proses pada Tim Perencana Program Gizi Tahun 1998/1999 di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan, Skripsi, FKMUI
17. Moleong, L.J, 1991. Metodologi Penelitian Kualitatif. PT Remaja Rosdakarya, Bandung
18. Muninjaya, AA.Gde, 1999. Manajemen Kesehatan EGC, Jakarta
19. Reike, W, 1994. Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen, Terjemahan Trisnantoro, L & S. Gajah Mada University Press, Yogyakarta
20. Ravianto, J, 1985. Produktifitas dan Tenaga Kerja Indonesia. Lembaga Informasi Usaha dan Produktivitas, Jakarta
21. Riyadi, Slamet, A.L, 1982. Public Health Publication, Edisi Revisi. Usaha Nasional, Surabaya
22. Saragih, Laidin, 1984. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Usulan Rencana Tahunan Kesehatan Kabupaten Simalungun Sumatera Utara, Tesis, FKM UI
23. Soetikno, Sri Suryaningsih, 1986. Kualitas Usulan Rencana Tahunan Kesehatan Dati II 1980-1987 dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya di Dati II Aceh, Tesis, FKM UI
24. Sopia, Poppi, 2001. Analisis Perencanaan Kesehatan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Tahun 1999. Skripsi, FKMUI